特別養護老人ホームうるわしの杜　入所（相談）申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

受付番号	

申込者（家族又は代理者）	氏名		入所させたい人との続柄	
	住所	〒　　―		
	電話番号			

特別養護老人ホームうるわしの杜に入所したいので、次のとおり申込みします。

本人の状況	（フリガナ） 氏名		性別 男・女	保険者			
				保険者番号			
	生年月日	M・T・S　年　月　日（　歳）		被保険者番号			
	要介護度	1・2・3・4・5	要介護認定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			
	介護保険負担割合	割	介護保険負担限度額	円	備考		
	自宅住所（住民登録地）	〒　　―		電話番号			
	現在の居所（自宅以外に居住している場合）	〒　　― ※病院・施設入所の場合はその名称も記入		電話番号			
		入院・入所期間	年　月　日 ～（　年　ケ月）				
	現況	□自宅で単身　□高齢者のみの世帯　□自宅で家族と暮らしている　□施設や病院に入っている					
	入所申込理由	□ 介護する者がいないため □ 介護する者が「高齢」、「障害」疾病」等により十分な介護が困難なため □ 介護する者が就労していることから、（昼間独居となり常時の）十分な介護が困難なため □ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □ 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため □ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため □ 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため □ 介護保険の居宅サービス区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため □ その他（　　）					
	本人の入所意向	□入所を希望している　□迷っている　□拒否している　□知らせていない　□認知力低下により理解困難					
	在宅介護継続期間	年　ヶ月	居宅サービスの利用の有無	□ 有 □ 無	（有の場合、下記「申込日前月利用中のサービス」についても記入してください）		
	申込日前月に利用中のサービス（　月分）」	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月
		短期入所療養介護	日/月				
	入所希望時期	□3ヶ月以内（早期希望）　□6ヶ月以内　□1年以内　□1年以上（　）以内					
	利用している居宅介護支援事業所	事業所名： 電話番号：（　）		担当ケアマネージャー氏名			

本人の状況	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□酸素療法　□インシュリン自己注射 □ストーマ(人工肛門)処置　□カテーテル　□中心静脈栄養 □その他（　　） 現在治療中の病名： 受診している医療機関名： 【特記事項】
	他施設への申込状況	□当該施設のみ申込み □他の施設（ 特養・老健・療養型・病院 ）にも申込んでいる。又は、今後申込む予定 ・既に申込んでいる他の施設名 ・今後申込む予定の施設名 ・特養待機期間（他施設も含む）　年　ヶ月

介護者の状況	家族構成	□親（　人）　□配偶者　□子（　人）　□孫（　人） □その他（　人　続柄　　）　計　人				
	(フリガナ) 主たる介護者の氏名		性別	年齢	本人との関係	続柄　□同居　□別居 住所 電話　（　）
			男・女	満　歳		
	意見等（介護して困っていることなど）	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間))などを記入してください)				
	同居以外の親族や援助者の有無	□子　□兄弟・親戚等　□親族はいないが援助者あり　□親族・援助者無				

同意書

入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。
また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。
・本施設が介護保険者(市町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。
・介護保険者(市町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。
・介護保険者(市町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。
・介護保険者(市町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。

令和　年　月　日

入所者　　印

家族又は代理者　　印

(入所者との続柄：　　)

特別養護老人ホーム入所選考調査票

≪ 担当ケアマネージャーが記入する調査票 ≫

（フリガナ） 入所申込者 （本人）氏名		保険者名	
		保険者番号	
		被保険者番号	

ケアマネージャー記入欄

記入日	令和　　年　　月　　日		
事業所名		連絡先電話番号	
担当ケアマネージャー氏名			

基本的評価基準

	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
	1・2・3・4・5	Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M・該当なし	単身・介護者有	% □未利用　□入院・入所中	
点数	点			点	点

意見欄

[本人の心身の状況]

- □ 常時の介護や見守りが必要である
- □ 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動あり、介護者の日常生活に支障がある
- □ 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である
- □ 多少の一部介助や見守りを必要とする
- □ ほとんど自立による日常生活が可能である
- □ その他（　　）

[介護者の状況]

- □ 介護者が全くいない
- □ 介護者がいるがほかに介護や育児が必要な者がいる
- □ 介護者はいるが十分な介助は困難（高齢・障害・疾病・就労・その他：　　）
- □ 介護者が遠隔地
- □ 介護者が近隣者にいる
- □ 同居の介護者がいる
- □ その他（　　）

[在宅生活継続の可能性]

- □ 極めて困難
- □ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある
- □ 検討の余地あり
- □ 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる
- □ その他（　　）

[在宅生活に支障のある状況]

- □ 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難
- □ 十分なケア（ナイトケア等）が受けられない
- □ 病院等の入所者で帰る家がない
- □ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由
- □ その他（　　）

[住環境]

- □ 居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）
- □ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある
- □ 施設や病院から退所を求められている
- □ その他（　　）

[参考項目]

・家族の負担感

- □ 介護疲れがひどい
- □ 殆どかかわっていない
- □ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
- □ 在宅サービスの利用にて順調
- □ 在宅サービスの利用ないが順調

・意思疎通

- □ 慣れた人でも意思疎通は困難
- □ 家族など慣れた人なら問題はない
- □ 特に問題はない

・入所について

- □ 強く拒否している　□ 拒否傾向
- □ 強く望んでいる　□ 同意している
- □ その他（　　）

[特記事項]